



Resumen:

Objetivo: Determinar la autopercepción del Estado Nutricional en los Estudiantes del Primer Año, de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, en el año lectivo 2007-2008

Antecedentes: Las alteraciones psicológicas que puede causar la autopercepción errónea del estado nutricional, pueden llegar a ser muy graves, especialmente en los adolescentes, a pesar de que la relación entre su peso y talla sea el adecuado; ésto se ha investigado en otros países y por tanto ha sido de nuestro interés realizar esta investigación.

Método: Se escogió a 298 estudiantes de primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, quienes voluntariamente respondieron una encuesta sobre su estado nutricional y aceptaron la medición de su peso y talla. Se utilizó una báscula y tallímetro calibrados. Con



AUTOPERCEPCION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES DEL PRIMER AÑO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2007-2008.

estos datos se calculó el Índice de Masa Corporal y se comparó con los resultados de la encuesta.

Resultados: Se determinó que el 0.8% de los hombres y el 6.4% de las mujeres poseen peso bajo, el 13.4% y 15.8% correspondientemente, sobrepeso. El 8% de varones y 11.17% de mujeres sobrestiman su estado nutricional. El 5.6% de varones y el 10.5% de mujeres lo subestiman. Se determinó que el 6.4% estudiantes con sobrepeso tienen una percepción errónea de su estado nutricional y que el 9.7% de estudiantes con normopeso, se perciben como con sobrepeso.

Conclusiones Existe una mayor distorsión de la autopercepción del estado nutricional en las mujeres, al contrario de los estudiantes hombres, que tienen una autopercepción adecuada de su estado nutricional

Palabras Clave: autopercepción, estado nutricional, Índice Masa Corporal.



Abstract

Objective: To determine student's selfperception of the nutritional status in the first year of the Medicine school at the Medical Science Faculty of the Public University of Cuenca, during the year 2007 – 2008.

Antecedents: Psychological changes that may cause the wrong selfperception of the nutritional status can get very serious problems, specially in teenagers. In spite of the relationship of their correct weight and height. This result has been researched in othes countries.

Method: It was chosen 298 students who study the first year of the Medicine school at the Public university of Cuenca. These students were free to answer a survey about nutritional status. They also accepted their weight and height to be measured. It was used a scale and a height machine. With this results, it was calculated the index of the corporal mass and compared with the results of the survey.



AUTOPERCEPCION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES DEL PRIMER AÑO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2007-2008.

Results: It was determined that the 0.8 % of men and 6.4% of women are underweight,. The 13.4 % and 15.8% correspond to overweight. The 8% of men and the 11.17% of women watch after their nutritional status. 5.6% of men and the 10.5% of women don't consider this fact important. The 6.4% of students who are overweight have wrong perception of their weight nutritional status. 9.7% of students who are normalweight, say that they are overweight.

Conclusions: The distortion of selfperception of nutritional status is larger in women than in men. These last have an adequate selfperception of their nutritional status.

Key words: Selfperception, nutritional status. Corporal Mass Index.



ÍNDICE

CONTENIDO

PAGINAS

Responsabilidad.....	2
Agradecimiento.....	3
Dedicatoria.....	4
Resumen.....	5
Abstract	6
Índice.....	7

CAPITULO I

1 Introducción.....	10
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Justificación del problema.....	13

CAPITULO II

2. Marco teórico.....	15
-----------------------	----



CAPITULO III

3. Hipótesis y Objetivos.....	24
3.1 Hipótesis.....	24
3.2 Objetivos.....	24
3.2.1 Generales.....	24
3.2.2 Específicos.....	24

CAPITULO IV

4. Metodología.....	25
4.1 Diseño.....	25
4.2 Universo.....	25
4.3 Criterios de inclusión.....	25
4.4 Criterios de exclusión.....	25
4.5 Variables.....	26
4.6 Matriz de operacionalización.....	26
4.7 Procedimientos y técnicas.....	27
4.7.1. Procedimiento.....	27



4.72. Procedimientos para garantizar

aspectos éticos.....27

4.8 Estadística.....28

CAPITULO 5

5. Resultados.....29

CAPITULO VI

6. Discusión.....39

CAPITULO VII

7. Conclusión, recomendaciones y limitaciones.....44

7.1 Conclusiones.....44

7.2 Recomendaciones.....44

7.3 Limitaciones.....45

CAPITULO VIII

8. Referencia Bibliográfica.....46



CAPITULO IX

9. Anexos.....	48
9.1 Cuestionario.....	48
9.2 Tablas Completas.....	50

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



AUTOPERCEPCION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES DEL PRIMER
AÑO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2007-2008.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**AUTOPERCEPCION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN
ESTUDIANTES DEL PRIMER AÑO DE LA ESCUELA DE
MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2007-2008.**

Tesis previa a la
obtención del título de
médico

Autores: Adrián Serrano S.
Mónica Vásquez P.
Guillermo Yáñez O.

Director: Dr. Rosendo Rojas

Asesor: Dra. Marlene Álvarez

Cuenca – Ecuador
Mayo 2008

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



AUTOPERCEPCION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES DEL PRIMER
AÑO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2007-2008.

RESPONSABILIDAD:

El contenido de este trabajo es de total responsabilidad de los autores.



AGRADECIMIENTO:

A todo el grupo de trabajo que nos orientó y al grupo de estudiantes quienes forman parte de esta investigación

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



AUTOPERCEPCION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES DEL PRIMER
AÑO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2007-2008.

DEDICATORIA:

A los estudiantes de primer año de Medicina del año lectivo 2007-2008, que forman el pilar fundamental para la realización de este trabajo.



1. INTRODUCCION:

Diversos estudios realizados a nivel mundial, han demostrado importantes cambios en las conductas alimentarias y estilos de vida de la población, que han favorecido un dramático aumento en la prevalencia de enfermedades nutricionales en todas las edades. Anualmente la prevalencia aumenta entre 0,5 y 1%, sin que hasta la fecha se logre estabilizar esta tendencia.

En el año 1997 la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, realizó un estudio de recopilación de datos sobre prevalencia de obesidad a partir de distintas encuestas nutricionales. Los resultados de este estudio, han permitido estimar una prevalencia de obesidad para el conjunto de la población española entre 25 y 60 años del 13,4%, el 11,5% en varones y el 15,2% en mujeres.

El Internacional Task Force of Obesity, estima prevalencias de obesidad que varían desde el 6% en Italia, hasta el 20%



en Alemania y Reino Unido. Un estudio publicado en la Revista médica de Chile, confirma una inadecuada percepción del diagnóstico nutricional en la mayoría de la población estudiada. Los errores derivan fundamentalmente de una subestimación del peso, 63% de las discordancias observadas y en menor proporción de una sobrestimación del 37% restante. Desde el punto de vista de salud pública, es mucho más relevante el primer grupo, considerando la situación epidemiológica y nutricional actual de estos países.

Por lo expuesto es importante, conocer la percepción que la población tiene sobre su peso corporal y definir estrategias, que permitan reforzar el concepto de peso normal o deseable, en caso de que los datos no muestren una adecuada concordancia.



1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Tendrán los estudiantes de primer año de la carrera de medicina una percepción errónea sobre su estado nutricional?

El problema surge cuando el "cuerpo ideal" se vuelve cada vez más homogéneo en su delgadez induciendo mayor presión, sobre todo en las mujeres que perciben sus cuerpos comparativamente como "más gordos" y "más pesados", "menos atractivos," con relación a las imágenes mediáticas que se ofrecen diariamente.

Algunos autores, como Pollak, sostienen que la delgadez en esta sociedad sí confiere poder a las mujeres y ellas saben que "sólo eres popular si eres delgada."

Se cita que aproximadamente el 60% de las enfermedades se deben a problemas en la alimentación. Es más que comprobado que una buena nutrición es la promotora de una buena salud.



En las últimas décadas, la nutrición y todo su entorno ocupa un lugar predominante en el ámbito de la salud, de la investigación básica y en el de la práctica clínica diaria. Su posición crucial en la sociedad obliga a la confluencia multidisciplinaria de campos sociales, económicos y sanitarios muy diversos.⁽¹⁾

El bienestar nutricional depende del contenido de nutrientes de los alimentos que se consumen, en relación con las necesidades que se determinan en función de diversos factores como la edad, sexo, masa corporal, actividad física, crecimiento, embarazo, lactancia, infecciones y eficacia de la utilización de los nutrientes.⁽³⁾

Los cambios en los hábitos alimentarios de la población han significado un aumento de alteraciones nutricionales en todos los niveles etarios y con ello los crecientes problemas de salud para la población. Los estudios con enfoques biomédicos y/o económicos no han posibilitado un avance sustancial en la comprensión de éste fenómeno.



Para entender el comportamiento nutricional y los serios problemas que conllevan los malos hábitos alimentarios del mundo moderno, es fundamental el rol de los científicos sociales integrados en la investigación. Algunos de los nuevos problemas de la salud como desórdenes alimenticios, no pueden ser explicados plenamente sin abordar el contexto sociocultural en el que se insertan estos fenómenos. El problema general que se plantea es ¿cuál o cuáles son los patrones alimentarios que rigen el consumo de alimentos en la población actual? ¿la globalización de la alimentación nos ha llevado a adquirir pautas alimentarias modernas nocivas para la salud de la población? Las respuestas pueden ser enfocadas desde múltiples perspectivas; sin embargo, consideramos que una respuesta desde la antropología nutricional es fundamental para comprender el fenómeno de cambio en los patrones alimentarios que se están viviendo en la actualidad.



Son múltiples los factores que inciden en la selección que hacen las personas de los alimentos, tales como: características sensoriales; factores económicos, y ecológicos; percepción que tienen de los alimentos y clasificación que hacen de estos; factores simbólicos ligados a los mismos en relación con elementos de estatus social, género, edad, creencias, conocimientos y valores asignados a los mismos. Por otra parte, existen una serie de encadenamientos con otros campos simbólicos, tales como la salud, la enfermedad, la imagen y estética corporal, el placer y las relaciones interpersonales, que poseen profundos componentes socioculturales

Nos enfrentamos a una desestructuración de las pautas culturales de alimentación, y el aumento de la alimentación solitaria desestructurada, pero no por una falta de valores o pautas culturales con respecto a la alimentación, sino que el individuo muchas veces en la soledad de su alimentación individual se ve enfrentado a múltiples patrones de



referencia (Fischler, Aguirre 2001). Debemos escoger

entre múltiples alternativas comer rico, sano, a la moda,
rápido o barato. ⁽⁴⁾

Sin embargo el componente actual referente al estado
nutricional está dirigido a mantener una silueta corporal
“ideal” propuesta por el marketing cuyo cumplimiento deja a
su paso varias alteraciones en la salud física y mental de
quien esta dispuesto a alcanzarlo.

1.2. JUSTIFICACION:

La realización de este trabajo se debe a que las
personas, tienden a tener una percepción errónea de su
estado nutricional (sobreestimándolo o subestimándolo).

La auto percepción del estado nutricional al influir sobre el
estilo de vida induce la toma de decisiones como por
ejemplo la adopción de dietas innecesarias que
comprometen la salud, o por el contrario, persistir en
prácticas no saludables pese a tener un evidente



desbalance nutricional, lo que determinaría por ende una mala nutrición que se ha convertido en un serio problema de salud pública influenciado por el marketing, los patrones de belleza socialmente aceptados, por la oferta comercial de alimentos, estilos de vida no saludables que condicionan la aparición de enfermedades y la disminución de la esperanza y calidad de vida, cayendo cada vez más en un círculo de malos hábitos alimentarios, prevenibles con un adecuado conocimiento sobre su verdadero estado nutricional.

La auto percepción al ser subjetiva, está influenciada por condicionantes tales como la edad, el sexo, la cultura a la que pertenezca, la residencia habitual y la moda (entre otros), queriendo por lo tanto, establecer con este trabajo la concordancia o distorsión entre lo físico (objetivo) y lo subjetivo.

Pretendemos con este estudio reafirmar la importancia sobre una buena nutrición y a la vez elevar el autoestima



como medida preventiva para el desarrollo de los trastornos alimentarios, que servirá de base para el desarrollo de acciones locales o nacionales para la prevención primaria de problemas de salud. Parece importante, entonces, conocer la percepción que la población tiene sobre su peso corporal y definir estrategias que permitan reforzar el concepto de peso normal o deseable, en caso de que los datos no muestren una adecuada concordancia.



CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

El estado nutricional es, primariamente, el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales. Estos factores pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o impedir la utilización óptima de los alimentos ingeridos. De esta forma son tres las causas básicas de los problemas nutricionales: alimentación, salud y cuidados. ⁽²⁾

Se han observado, a nivel mundial, importantes cambios en las conductas alimentarias y estilos de vida de la población, que han favorecido un dramático aumento de malas prácticas alimentarias en todas las edades, teniendo como



resultado en algunos casos sobrepeso y desnutrición, enfermedades de difícil tratamiento y alto costo personal, social y familiar. Cada año, la prevalencia aumenta entre 0,5 y 1% en los diversos grupos estudiados, sin que hasta la fecha se logre estabilizar esta tendencia.

Las repercusiones de los cambios en el estado nutricional de la población no son inmediatas y los individuos tienen diferentes mecanismos de adaptación a las bajas ingesta, por lo que los indicadores nutricionales más adecuados son los indicadores de tendencias históricas.

Los indicadores nutricionales en su conjunto son una expresión reconocida de calidad de vida, de la cual la seguridad alimentaria y nutricional es solo una parte; de esta forma, los indicadores antropométricos de poblaciones reflejan problemas de salud y de medio ambiente junto con problemas de alimentación.

Para una cabal comprensión de los problemas de seguridad alimentaria y nutricional, además de indicadores



requiere información sobre nutrición con el fin de elaborar informes que abarquen la situación alimentario-nutricional y los factores que influyen sobre ésta. La información antropométrica puede proporcionar complementos útiles, puesto que la medición se efectúa individualmente; no obstante, tales complementos son resultado de cambios en los indicadores anteriores (seguridad alimentaria y la nutrición), así como del entorno bio-psico-social donde se desenvuelve el ser.

Estos indicadores, al permitirnos clasificar a los grupos de población según la gravedad de los problemas nutricionales, nos permiten fijar prioridades de intervención que serán de utilidad para los programas de seguridad alimentaria y nutricional.

La interpretación de los indicadores nutricionales, en sentido general, necesita de grandes cuidados, planteando tres problemas principales: determinar si se trata efectivamente un problema de seguridad alimentaria, en



comparación, por ejemplo, con un problema de salud pública; determinar el grado de importancia del problema; y determinar cuál podría ser la intervención normativa correcta. En relación a la situación nutricional los principales problemas son:

- Desnutrición energético proteica.
- Deficiencias de micronutrientes
- Sobrepeso y la obesidad. Que ha ido en aumento (del 20 al 50 % de la población en muchos países) especialmente en zonas urbanas.

Los estudios de composición corporal, estado nutricional e índice de masa corporal (IMC) son recomendados por la Organización Mundial de la Salud, como indicadores básicos para evaluaciones colectivas del estado nutricional.

Las medidas antropométricas permiten en forma indirecta evaluar no sólo desarrollo sino también composición corporal y los efectos de cambios socioeconómicos en un país o región. Algunas de ellas, como la talla, reflejan



condiciones de vida en generaciones anteriores. El exceso de grasa corporal puede también reflejar en la adolescencia déficit de nutrientes durante la gestación.

Para determinar el crecimiento y estado nutricional se usan las medidas antropométricas, talla - peso por edad y sexo, y el índice de masa corporal:

El Peso y la talla son las medidas más fáciles de realizar, y básicos para la realización de fórmulas más completas para la valoración del estado nutricional de un individuo.

El índice de masa corporal (IMC): peso en kilogramos dividido para el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2) es una medición simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para ubicar a un adulto entre el bajo peso y la obesidad.

El IMC constituye la medida poblacional más útil, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, debe considerarse como una guía aproximativa, pues puede no



corresponder al mismo grado de adiposidad en diferentes individuos. Su principal inconveniente es que no distingue masa grasa o masa magra (masa no-grasa), y algunos individuos con mucha musculatura pueden ser clasificados como obesos sin serlo.

En adultos se suele establecer un rango de 18-25 como saludable, un IMC por debajo de 18,5 indica desnutrición o algún problema de salud, mientras que un IMC superior a 25 indica sobrepeso. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumente progresivamente a partir de un IMC de 21. ⁽³⁾

Otras medidas son el Porcentaje del peso ideal, el Índice Nutricional, entre otros que también relacionan el peso y talla según edad y sexo. ⁽⁵⁾

En general, se puede indicar que los patrones alimentarios de los países de América Latina están



evolucionando hacia un modelo occidental, en particular en el área urbana.

Nuestro país se enfrenta en la actualidad a una doble carga de morbilidad, sobre todo en el medio urbano, la subnutrición y la obesidad.

La OMS ha propuesto una estrategia (adoptada por la Asamblea de la Salud en 2004) sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, describe las acciones necesarias para apoyar la adopción de dietas saludables y una actividad física regular. La Estrategia pide a todas las partes interesadas que actúen a nivel mundial, regional y local, y tiene por objetivo lograr una reducción significativa de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo comunes, y en particular de las dietas poco saludables y de la inactividad física.

La influencia de los medios masivos y la oferta comercial de alimentos (comidas rápidas) impulsa la adopción (sobre todo por niños y jóvenes) de patrones extraños propios de



un modelo consumista. La industria alimentaria ha introducido la comida rápida, rica en sales, azúcares y grasas saturadas con el fin de hacerlos atractivos.⁽⁶⁾

El concepto de imagen corporal en tanto representación física y cognitiva del cuerpo, que implica e incluye actitudes de aceptación y rechazo, ha sido clave para comprender esta influencia de los medios de comunicación en las personas. Diversos estudios señalan que la imagen corporal está íntimamente relacionada con cuestiones de autoestima y una imagen corporal "negativa" se puede vincular con los trastornos alimentarios.⁽⁷⁾

La elección de un alimento no responde solamente a las necesidades de nutrición, a patrones culturales, ni a conceptos de salud, sino que pasa a depender de conceptos de belleza, las preferencias estéticas para las que resulta indispensable la pérdida de peso, la oferta de alimentos y la aplicación de técnicas de mercadeo y oferta.⁽⁸⁾



Algunos trastornos emocionales y de la personalidad

(presiones familiares, sobreabundancia de comida, obsesión con la delgadez), influyen sobre la alimentación y se presentan en los trastornos del comer (como la anorexia y la bulimia) que son enfermedades conductuales cuya frecuencia es muy superior en el sexo femenino⁽⁹⁾

No existe una dieta equilibrada universal, ya que debe ser adaptada a las características de cada individuo (edad, sexo, antropometría), disponibilidad de alimentos donde reside, gustos personales, creencias religiosas, etc. En general una dieta equilibrada debe cumplir los siguientes requisitos:

- Aportar suficiente cantidad de energía para las necesidades de funcionamiento y desarrollo del organismo.
- Contener elementos formadores que contribuyan al recambio y crecimiento de los tejidos⁽⁵⁾



Se han hecho algunos estudios sobre el patrón alimentario de estudiantes de diversos niveles, incluyendo estudiantes universitarios. Los estudios mencionados describen los patrones alimentarios que los grupos de estudiantes consumen diariamente, según los resultados obtenidos mientras más alto es el nivel de educación se ven importantes cambios en la intensidad de consumo de determinados alimentos, estos cambios se puedan atribuir a la difusión de conocimientos científicos, o a la información que posean sobre temas alimentarios. Pero no se ha llegado a demostrar si estos patrones son o no influenciados. ⁽¹⁰⁾

La atención se ha centrado considerable en la asociación entre el peso corporal y la salud.

No hay duda, con respecto a que los riesgos asociados al mal estado nutricional son graves y es necesario que sean tratados en políticas de la reforma de la salud. ⁽¹¹⁾



Existen diferentes métodos para evaluar el estado nutricional, como son el interrogatorio, la valoración global subjetiva, las pruebas bioquímicas, la composición corporal, los datos inmunológicos y los índices pronósticos.

A continuación se describen:

Interrogatorio. Se obtiene una estimación a cerca de los hábitos alimentarios, intolerancias alimentarias, secuelas de algún tratamiento quirúrgico, tradiciones que pueden influir sobre la nutrición de un paciente.

Valoración global subjetiva. Es una técnica clínica que valora rápidamente el estado nutricional de acuerdo a las características del interrogatorio y examen físico encontrados.

Composición corporal. Los componentes corporales (grasa total y masa libre de grasa) pueden medirse con distintos métodos, comúnmente es usada la antropometría.

En general el método ideal para diagnosticar el estado nutricional no se ha identificado y entre los disponibles



hasta hoy ninguno ha sido aceptado realmente como seguro.

Encontrar un método fácil que sea altamente específico y sensible con una relación costo-beneficio adecuado continuo sigue siendo un tema de investigación.

En la práctica clínica debe sospecharse alteración del estado nutricional de un paciente cuando tenga un porcentaje de pérdida de peso menor al 10% sin causa establecida, presente anorexia prolongada, albúmina menor a 3.5 mg/dl y una capacidad de trabajo disminuido.

(12)

Uno de los factores condicionantes del peso corporal es la percepción que la propia persona tiene de su imagen corporal. Diversos autores han destacado la baja concordancia que existe entre la imagen corporal y el estado nutricional clasificado según parámetros objetivos, tanto en niños como en adultos. Madrigal y cols, demostraron, en un estudio multicéntrico en 15 países de la



Comunidad Europea, que 65% de los hombres y 32% de las mujeres subestimaban su peso corporal al solicitarles que se identifiquen con figuras o siluetas que reflejan distinto índice de masa corporal.

Variables como sexo, raza, edad, nivel educacional se han correlacionado con la percepción de la imagen corporal, aunque las tendencias no son necesariamente las mismas entre un estudio y otro. La imagen corporal condicionaría en parte las conductas alimentarias y la actitud o nivel de aceptación con relación a las dietas orientadas al control de peso. Así por ejemplo, un estudio realizado en mujeres latinas en EE.UU, demostró que el grado de insatisfacción con la imagen corporal se asociaba a dietas más saludables. ⁽²⁾

Algunas reflexiones sobre influencia de los medios masivos de comunicación en trastornos alimentarios utilizan el concepto de "imagen corporal elástica" para explicar que



los medios contribuyen a la representación social del

"cuerpo ideal" ofreciendo ejemplos de "mujeres atractivas".

Los estilos corporales van de la mano de la moda y se promueven a través de la publicidad y de las revistas femeninas, cuyo contenido editorial se confunde y disimula frecuentemente con los anuncios. Pollak, cita por ejemplo estudios entre poblaciones de mujeres trabajadoras en EEUU que constatan que las mujeres delgadas ganan más dinero, consiguen trabajos con mayor prestigio, tienen mayor movilidad ascendente, es decir ocupan posiciones de mayor poder en la sociedad. Con esta realidad, no es de extrañarse que muchas mujeres conscientes de la inequidad, ni siquiera luchen contra ella.

Estudios ingleses reportan que las mujeres sienten presión por ser perfectas. Auspiciado por la Asociación "Guías de Gran Bretaña" publicado en enero de 2001 con el título "La niña de hoy, la mujer del mañana" el sondeo reporta que 19% de mujeres entre 11 y 17 años decían



llevar una dieta, con números más altos entre niñas de 11 y 12 años. Igualmente registra que el 88% de las mujeres jóvenes dicen que existe mucha presión de parte de los medios para "verse perfectas" y 42% sostienen que "su vida sería más fácil si fueran más atractivas." Así mismo 91% afirmaron estar en desacuerdo con las imágenes transmitidas por los medios masivos de comunicación de las llamadas "mujeres perfectas" y expresaron el deseo de ver en las revistas modelos con tallas promedio.

Por ejemplo, un estudio longitudinal realizado en 1998 a 869 mujeres adolescentes australianas entre 14 y 18 años reveló que dos tercios del total de la muestra se percibían como "gordas", aunque sólo 16% presentaba sobrepeso; el 87% deseaba parecerse a la imagen corporal promovida por los medios y una de cada tres había utilizado alguna medida extrema de control de peso a lo largo del mes pasado- uso de dietas extremas(22%), ayunos(21%) y fumar (12%).



Los factores que estimulaban esos comportamientos eran en orden de importancia: presión de grupo, presión de los medios y la creencia de que las dietas extremas eran inofensivas.

En Gran Bretaña se realizó un estudio en 2004 y reveló que el estereotipo del ideal de extrema delgadez producía depresión, estrés, culpa, vergüenza, inseguridad e insatisfacción corporal en una muestra de mujeres adolescentes. ⁽¹³⁾

De igual manera en Cataluña, España, se llevo a cabo una investigación en la que no se observaron diferencias significativas entre sexos dentro de ninguna de las categorías. Al valorar la concordancia entre autopercepción y peso corporal mediante la proporción de acuerdos observados se obtuvo: un 67,5% de concordancia global , un 55% de concordancia para los varones y un 71% para las mujeres y se aplicó el índice kappa, que



indica el grado de concordancia que existe por encima del esperado por azar. ⁽¹³⁾

En Argentina se determinó que en escolares de 6 a 14 años, Existe una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,014$) entre autopercepción de su imagen corporal y su estado nutricional: de los escolares con sobrepeso, el **71%** tuvo una percepción errónea de su estado, de los con normo-peso, el **32%** tiene una percepción errónea de su estado. ⁽¹⁴⁾

La importancia de elevar la autoestima como medida preventiva para el desarrollo de los trastornos alimentarios fue el resultado de un estudio aplicado en 2006 por la Revista Británica de Psicología Clínica a niñas entre 11 y 15 años de edad. Reveló que las niñas con bajos niveles de autoestima eran ocho veces más propensas a desarrollar trastornos alimentarios y otros problemas a la edad de 15 o 16. El estudio advirtió que los comentarios acerca del peso en la familia podían actuar como



detonadores para la instalación de los trastornos

alimentarios, ya que podían afectar la autoestima y vincular la delgadez con la condición de "ser amadas" y "tener éxito en la vida". Además identificó dos importantes correlatos para la instalación de trastornos alimentarios en las adolescentes: leer revistas que contienen información e ideas acerca de atractivo físico, figura ideal y administración de peso y dietas y el hostigamiento familiar relacionado con "atractivo físico" concretizado en el cuerpo y el peso. ⁽¹⁵⁾

De este modo, la preocupación por obtener la imagen corporal ideal debería ser cambiada por la preocupación de la alimentación sana y alcanzable, así la comunidad nutricional debería desarrollar la habilidad de otros de percibir la convergencia entre la agenda nutricional y sus propios valores, creencias e intereses.

En un ambiente de creciente escasez de recursos para el desarrollo, las inversiones en nutrición son únicas. Tales



inversiones tienen un amplio rango de efectos positivos en el desarrollo y pueden ser realizadas por un amplio rango de sus actores, trabajando dentro de sus propios contextos. Son los numerosos beneficios derivados de las inversiones en nutrición, combinados con la facilidad de hacerlas, los que convierten a ésta en un medio tan poderoso para alcanzar el fin que todos nosotros buscamos: una vida mejor para todos. ⁽¹⁶⁾



CAPITULO III

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

3.1 HIPOTESIS

Las tendencias en la percepción del estado nutricional y el cuerpo ideal difieren entre hombres y mujeres, es así que la mayoría de hombres opta por el ejercicio físico para mantener la figura ideal, mientras que las mujeres, mas preocupadas por ella,- prefieren el sedentarismo y piensan que el mejor resultado para mantener un estado nutricional y figura adecuados, es la dieta.

3.2. OBJETIVOS:

3.2.1. GENERAL:

- Determinar la autopercepción del Estado Nutricional en los estudiantes del primer año de la Escuela de



Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la

Universidad de Cuenca en el año lectivo 2007-2008

3.2.2. ESPECÍFICOS:

- Determinar la relación entre la autopercepción de la imagen corporal y el Índice de Masa Corporal según las normas de la OMS
- Conocer el porcentaje erróneo sobre la autopercepción del estado nutricional en la muestra.
- Determinar la influencia del sexo en la distorsión del estado nutricional.
- Identificar las medidas que tomaría los estudiantes para solucionar su problema nutricional.

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO

El presente es un estudio descriptivo observacional cuantitativo que busca identificar el grado de concordancia



AUTOPERCEPCION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES DEL PRIMER AÑO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2007-2008.

entre la autopercepción personal del estado nutricional y la imagen corporal comparados con el diagnóstico/valoración proveniente del IMC según los criterios de la OMS.

Describe las medidas antropométricas (peso, talla, IMC) por sexo, grupo de edad 18 a 21 años, matriculados por primera vez en el primer año de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca.

4.2 UNIVERSO:

Todos los estudiantes matriculados por primera vez en el primer año de la Escuela de Medicina en la Universidad de Cuenca en el año 2007, con una edad entre los 18 y 21 años (cumplidos)

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todos los alumnos del primer año matriculados por primera vez en el año lectivo 2007-2008.



4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Los alumnos que optan por una segunda matrícula, los que se encuentren fuera del grupo etáreo, las mujeres embarazadas y aquellos que adolezcan de trastornos hormonales y metabólicos explícitos.

4.5 VARIABLES

Sexo, edad, peso, talla, IMC, autopercepción del estado nutricional, medidas a tomar.

4.6 MATRIZ DE OPERACIONALIZACION

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
SEXO.-	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos		Fenotipo.	Masculino Femenino
EDAD	Tiempo transcurrido		Cédula	Numérica



	desde el nacimiento hasta el presente			
TALLA	Medida antropométrica	Longitud en cm	Medición con tallímetro	Numérica
PESO	Medida antropométrica	Peso en Kg	Medición con balanza.	Numérica
IMC	Relación entre el peso y la talla que ubica a un adulto entre el bajo peso y la obesidad		Peso en Kg / Talla en metros al cuadrado	Bajo peso Normal Sobrepeso o Obesidad
AUTO PERCEP	Sensación interior que resulta de una	Auto valoración del estado	Bajo peso Normal Sobrepeso	Delgado Normal Sobrepeso



ACION	impresión de si mismo	nutricional	o Obesidad	o Obesidad
MEDIDA S USADAS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLE MA NUTRICI ONAL	Opciones de tratamiento que tienen las personas con alteraciones del estado nutricional	Tratamien to medico no quirúrgico . Tratamien to quirúrgico	Tratamien to	Quirúrgico Clínico Empírico

PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS

4.7.1. Procedimiento.

Se convocó a los estudiantes por grupos con el fin aplicar el cuestionario auto administrado: cada encuestado anotó personalmente las respuestas durante una sesión



colectiva de trabajo aclarándose las dudas que cada uno de ellos tenía.

El peso y la talla se registraron inmediatamente después del llenado de la encuesta, para esto se utilizó una báscula y un tallímetro de uso médico de la marca Seca. Estos instrumentos se calibraron previamente a la medida. Los estudiantes que no se encontraban en ese momento en la recolección de la información fueron identificados y entrevistados personalmente.

4.7.2. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:

Los estudiantes fueron debidamente informados sobre los objetivos de la investigación, sobre el tipo de procesamiento que se dará a sus datos y la garantía y confidencialidad sobre su información; luego se solicitó su autorización escrita para incluirlo en el estudio. Toda la



documentación obtenida esta archivada y conservada y

luego de un período de tres años será destruida.

4.8. ESTADISTICA.

Se realizó un análisis de frecuencias de las variables cualitativas y un análisis descriptivo de las variables cuantitativas, los porcentajes de bajo peso normopeso, sobrepeso y obesidad fueron comparados por sexos, y el grado de acuerdo entre autopercepción y peso corporal fue hallado mediante tablas de contingencia.

Se utilizo el Indice de Youden* para determinar la validez de la prueba

Para determinar sensibilidad y especificidad se tomo en cuenta los valores correspondientes a sobrepeso y normalidad, El programa estadístico utilizado fue el SPSS versión 15 y el.Epi dat 3.0 y

* Refleja la diferencia entre la tasa de verdaderos positivos y la de falsos positivos. Un buen test debe tener alta esta diferencia. Teóricamente es igual a 1 sólo cuando la prueba diagnóstica es perfecta, o sea, cuando $S + E = 2$, de modo que también puede decirse que cuánto más cercano a 1, mejor es la prueba diagnóstica que se está evaluando.



CAPITULO V

5. RESULTADOS

La muestra total estudiada fue de 298 estudiantes de Primer Año que cumplían los criterios de inclusión, divididos en 127 (42.62%) hombres y 171 (57.38%) mujeres.

Sin embargo existen dos estudiantes que se negaron a contestar cual es la autopercepción de su estado nutricional.

La investigación arrojó algunos datos nulos, por lo que se tabularon los mas representativos, sin embargo las tablas completas se los adjunta en anexos.

A continuación presentamos el número de estudiantes que se han clasificado por su estado nutricional.



Tabla Nº 1

Frecuencia de índice de masa corporal de Estudiantes de primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, por sexo, 2007-2008

Sexo	IMC									
	Peso bajo		Normal		Sobrepeso		Obeso		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	0	0,3	10	36,2	1	3,6	0	0,0	11	40,1
	1	4,3	8	28,6	7	25,0	1	3,6	10	36,2
Femenino	3	10,3	6	20,0	2	6,9	0	0,0	11	40,1
	11	37,7	2	6,9	7	25,0	1	3,6	10	36,2
Total	12	42,9	24	80,5	4	14,7	2	7,4	29	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborador por: Los Autores

La mayoría de estudiantes (80.54 %) tienen un IMC normal y solo 14.77% tienen sobrepeso, observamos además que el porcentaje de sobrepeso es mayor en las estudiantes de sexo femenino (9.06%) en comparación con los hombres (5.7%)



Tabla N° 2

Concordancia entre el IMC y la silueta seleccionada de los estudiantes de sexo masculino de Primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, 2007-2008

Silueta con la que se identifica	IMC			
	18-25 (normal)		26-32 (sobrepeso)	
	n	%	n	%
Nomal	86	67,71	5	3,94
Sobrepeso	17	13,38	12	9,45

Fuente: Encuestas

Realizado por: Los autores

- De el total de observaciones de estudiantes del sexo masculino un 67.7% eligen una silueta corporal correspondiente al rango de IMC, y solamente un 13.4% de estos estudiantes con un IMC normal eligen una silueta correspondiente a sobrepeso y 4 eligen una silueta correspondiente a obesidad. De los estudiantes con IMC correspondiente a Sobrepeso que coinciden al elegir una silueta de sobrepeso es un 9.45% y un 3.9% de alumnos



con sobrepeso eligen una silueta correspondiente a figura corporal normal.

- Siete de cada 10 adolescentes hombres con IMC en el rango de la normalidad seleccionan siluetas normales.

Valor	IC (95%)		
Sensibilidad (%)	83.50	82.97	84.02
Especificidad (%)	70.59	67.52	73.66
Indice de Validez (%)	81.67	81.21	82.13
Valor predictivo + (%)	94.51	93.93	95.08
Valor predictivo - (%)	41.38	39.55	43.21
Prevalencia (%)	85.83	85.38	86.29
Indice de Youden	0.54	0.54	0.54
Razón de verosimilitud +	2.84	2.83	2.85
Razón de verosimilitud -	0.23	0.23	0.23

La sensibilidad de la encuesta realizada para determinar sobrepeso alcanza al 83.5 % de los estudiantes. Y la capacidad que tiene la encuesta de identificar los casos normales, 70.59 %. La probabilidad condicional de que los individuos con diagnóstico de sobrepeso tengan realmente



esta alteración es del 81.67 %, mientras que el que no la tenga es del 94.51 %; la probabilidad de que la encuesta sea positivo en los estudiantes con sobrepeso y de los normales es de 2 en 10; mientras que la probabilidad de que el IMC sea mayor en las pacientes con sobrepeso que en los normales es de 0.23..

Tabla N° 3

Concordancia entre el IMC y la silueta seleccionada de los estudiantes de sexo femenino de Primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, 2007-2008

Silueta con la que se identifica	IMC			
	18-25 (normal)		26-32 (sobrepeso)	
	n	%	n	%
Normal	100	58,4	6	3,51
Sobrepeso	26	15,2	17	9,94

Fuente: Encuestas

Realizado por: Los autores

- De las mujeres observadas el 58.4% (100) seleccionan una figura que concuerda con el IMC normal. El 15.2% (26)



AUTOPERCEPCION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES DEL PRIMER AÑO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2007-2008.

con IMC normal tiende a elegir una figura asociada a sobrepeso.

- De las mujeres con índice de masa corporal de 26 a 32, 17 eligen una silueta correspondiente a sobrepeso.
- Seis de de cada diez mujeres con IMC normal tienden a seleccionar una figura correspondiente a la normalidad.

	Valor	IC (95%)	
Sensibilidad (%)	79.37	78.93	79.80
Especificidad (%)	73.91	71.63	76.20
Índice de Validez (%)	78.52	78.15	78.90
Valor predictivo + (%)	94.34	93.84	94.84
Valor predictivo - (%)	39.53	38.28	40.79
Prevalencia (%)	84.56	84.19	84.93
Índice de Youden	0.53	0.53	0.53
Razón de verosimilitud +	3.04	3.03	3.06
Razón de verosimilitud -	0.28	0.28	0.28

La sensibilidad de la encuesta realizada para determinar sobrepeso alcanza al 79.37 % de las estudiantes. Y la capacidad que tiene la encuesta de identificar los casos



normales, 73.91 %. La probabilidad condicional de que los individuos con diagnóstico de sobrepeso tengan realmente esta alteración es del 78.52 %, mientras que la que no la tenga es del 94.34 %; la probabilidad de que la encuesta sea positivo en los estudiantes con sobrepeso que en los normales es de 30 en 100; mientras que la probabilidad de que el IMC sea mayor en las pacientes con sobrepeso que en los normales es de 1 en 10.

Tabla N° 4
Concordancia entre el IMC y la Autopercepción de los estudiantes de sexo masculino de Primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, 2007-2008

Autopercepción	IMC			
	18-25 (normal)		26-32 (sobrepeso)	
	n	%	n	%
Normal	88	70,4	7	5.60
Con Sobrepeso	10	8	10	8

Fuente: Encuestas

Realizado por: Los autores



De todos los estudiantes de sexo masculino, el 70.4% con IMC normal consideran tener un estado nutricional adecuado, el 5.6 % subestima su peso y el 8% lo sobreestima. De los estudiantes con IMC correspondiente a Sobrepeso, el 8% coincide con la apreciación de su estado nutricional y solo el 5.6% consideran tener peso adecuado

- Siete de cada 10 adolescentes hombres con IMC en el rango de la normalidad consideran tener un estado nutricional adecuado

	Valor	IC (95%)		
Sensibilidad (%)	89.80	89.25	90.34	
Especificidad (%)	58.82	55.74	61.91	
Indice de Validez (%)	85.22	84.74	85.69	
Valor predictivo + (%)	92.63	92.07	93.19	
Valor predictivo - (%)	50.00	47.37	52.63	
Prevalencia (%)	85.22	84.74	85.69	
Indice de Youden	0.49	0.48	0.49	
Razón de verosimilitud +		2.18	2.17	2.19



Razón de verosimilitud - 0.17 0.17 0.17

La sensibilidad de la encuesta realizada para determinar sobrepeso alcanza al 89.8 % de los estudiantes. Y la capacidad que tiene la encuesta de identificar los casos normales, 58.82 %. La probabilidad condicional de que los individuos con diagnóstico de sobrepeso tengan realmente esta alteración es del 85.22 %, mientras que la que no la tenga es del 92.63 %; mientras que la probabilidad de que la encuesta sea positivo en los estudiantes con sobrepeso que en los que no lo tienen es de 2.18; mientras que la probabilidad de que el IMC sea mayor en los pacientes con sobrepeso que en los normales es de 1 en 10.



Tabla N° 5

Concordancia entre el IMC y la Autopercepción de los estudiantes de sexo femenino de Primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, 2007-2008

Autopercepción	IMC			
	18-25 (normal)		26-32 (sobrepeso)	
	n	%	n	%
Normal	93	54.7	11	6.47
Con Sobrepeso	19	11.17	14	8.23

Fuente: Encuestas

Realizado por: Los autores

- De las mujeres observadas el 54.7% tienen un IMC normal y coinciden con la autopercepción de su estado nutricional, el 11.17% se autoperciben con sobrepeso y el 1.18 % como obesas; por otro lado el 10.5% considera tener peso bajo.
- Seis de cada 100 mujeres adolescentes con sobrepeso consideran tener su peso normal y el 8.23% coincide con su autopercepción.
- Cinco de cada diez mujeres con IMC normal consideran tener un estado nutricional normal.



Valor	IC (95%)		
Sensibilidad (%)	83.04	82.55	83.52
Especificidad (%)	56.00	53.88	58.12
Indice de Validez (%)	78.10	77.70	78.51
Valor predictivo + (%)	89.42	88.91	89.94
Valor predictivo - (%)	42.42	40.81	44.04
Prevalencia (%)	81.75	81.35	82.16
Indice de Youden	0.39	0.39	0.39
Razón de verosimilitud +	1.89	1.88	1.89
Razón de verosimilitud -	0.30	0.30	0.30

La sensibilidad de la encuesta realizada para determinar normalidad o sobrepeso alcanza al 83.04 % de las estudiantes. Y la capacidad que tiene la encuesta de identificar los casos normales, 56.0 %. La probabilidad condicional de que los individuos con diagnóstico de sobrepeso tengan realmente esta alteración es del 78.1 %, mientras que la que no la tenga es del 89.42 %; la probabilidad de que la encuesta sea positivo en los estudiantes con sobrepeso que en los normales es de 1 en



10; mientras que la probabilidad de que el IMC sea mayor en las pacientes con sobrepeso que en los normales es de 3 en 10.

¿ Qué haría para lograr Figura Ideal ?

Tabla N° 6
Medidas para lograr la figura ideal en los estudiantes de Primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, 2007-2008

Método	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Dieta	6	4.7%	39	22.8%
Ejercicio físico	98	77.2%	93	54.4%
Tratamiento quirúrgico	3	2.4%	4	2.3%
Ninguno	8	6.3%	7	4.1%
Dieta + ejercicio físico	6	4.7%	19	11.1%

Fuente: Encuestas

Realizado por: Los autores

De los procedimientos planteados para lograr el peso ideal, el 64.09 % de todos los estudiantes se inclinan por el Ejercicio Físico, observando que la tendencia masculina a elegir dicho procedimiento es mayor (32.89%) que en las



AUTOPERCEPCION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES DEL PRIMER AÑO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2007-2008.

mujeres (31.21%), cuya segunda opción, como se observa,

es la Dieta, que corresponde al 13.09 %.

Sin embargo, las mujeres con el 6.38% y los varones con

el 2.01 %, prefieren combinar el ejercicio físico con dieta



CAPITULO VI

6. DISCUSION:

En este estudio realizado a estudiantes de Medicina de Primer año de la Universidad de Cuenca, se destaca la diferencia en cuanto a participación entre hombres y mujeres, ya sea por mayor número de mujeres, como también por su condición de voluntariado. A la vez, se demuestra la diferente forma de percibir la verdadera imagen corporal entre ambos sexos.

Al tratarse de una encuesta con carácter voluntario de una población determinada, no podemos hablar de prevalencia de alteración, pero sí de porcentajes.

Las investigaciones que se han llevado a cabo en distintos países, enfocan al sobrepeso como principal alteración nutricional y a pesar de la falta de datos sobre el peso bajo, no se lo debe dejar de lado, ya que también puede afectar



la salud. La presente investigación determinó que el 0.8% de los hombres y el 6.4% de las mujeres participantes poseen peso bajo.

No se han encontrado estudios en adolescentes con similar rango de edad, sin embargo existen varios, que se han llevado a cabo en personas adultas y adolescentes jóvenes; por ejemplo en un estudio sobre autopercepción del estado nutricional y obesidad realizado en Madrid-España, el porcentaje de varones con IMC > 25 fue 58%, en comparación con el de mujeres (44,5%), perteneciendo la mayoría de los encuestados a la categoría de sobrepeso y obesidad ⁽⁸⁾. En nuestro estudio, se pudo determinar que los hombres presentan un 13.4% y las mujeres el 15.8% de sobrepeso; y el 85% y 77.2% representa un IMC normal para hombres y mujeres, correspondientemente.

En otro estudio sobre Autopercepción del estado nutricional, en adultos familiares de pacientes hospitalizados, en Santiago- Chile, aunque poco



representativo, demostró que, la mitad de la población analizada tiene una percepción errada de su estado nutricional, lo cual puede tener importantes repercusiones de salud pública, al determinar conductas alimentarias inadecuadas, que no sólo afectan a este grupo de población, sino que engloba a personas de todas las edades, sobre todo a los adolescentes⁽²⁾. Nuestro estudio encontró un 4.8% de hombres con percepción errada del estado nutricional, relacionado con bajo peso y un 3.4% con sobrepeso. En referencia al sexo femenino encontramos que el 7.1% piensa verse con bajo peso, y el 4.2% de ellas, siente tener sobrepeso. Esto relacionado con su peso real.

Nuestros datos, podrían compararse a los obtenidos por Banegas y cols. en su estudio sobre factores de riesgo cardiovascular, en la población española de 35 a 64 años, en el que, los resultados de prevalencia de obesidad eran del 23,7% (18,3% en varones y 27,4% en mujeres); Estos



datos son obtenidos a partir de personas demandantes de

Atención Primaria, que presentaban un IMC > 30 .

De los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha en España, arrojan resultados bastante dispares (en función de la metodología y la muestra empleada), sobre la prevalencia de la obesidad. La Encuesta del País Vasco en 1995, ofrecía cifras de obesidad grado I del 37,1% en hombres y 31% en mujeres; mientras que la obesidad grado II, III, y IV, representaba el 11% en varones y el 16% en mujeres. La realizada en Cataluña en 1995, arrojaba resultados similares a los de la encuesta anterior, con una prevalencia de obesidad grado I en el 38% de los varones y 26% de las mujeres, y de la obesidad grado II, III y IV del 8,5% en varones y del 13,4% en mujeres ⁽¹⁴⁾. A parte en la presente investigación, no se ha clasificado la obesidad, observamos que existe un 0.8% en relación al sexo masculino y un 0.6% femenino, que aunque no es



significativa, podría constituir un factor importante de riesgo

para desarrollar enfermedades ligadas a esta alteración.

En cuanto a la autopercepción corporal de los encuestados, observamos que existe un grado de aceptación moderado, siendo significativamente mayor entre las mujeres que entre los varones, quienes tienden a supervalorar su peso como aparece reflejado en las tablas que adjuntamos.

Entre los resultados obtenidos, observamos que en el momento de elegir una silueta con la que los estudiantes se identifican el 13.38% de varones y el 15.2% de mujeres que tienen un IMC normal, eligen la silueta que corresponde a sobrepeso; sin embargo, sólo el 13.4% de estudiantes de sexo masculino y el 15.8% del sexo femenino lo tienen. Así mismo, el 58.40% y el 67.71% de varones, coinciden con la elección de la silueta de la normalidad. De igual manera existe un pequeño porcentaje



de este grupo de estudiantes varones (0.78%) y mujeres

(2.34) que se identifican con bajo peso.

Estos valores, se asemejan a los obtenidos en un estudio llevado a cabo en jóvenes Australianas, en quienes se determinó que el 16% de las que se veían como “gordas” tenían en realidad sobrepeso ⁽¹³⁾.

Al preguntar cómo se ven a sí mismo los estudiantes, se determinó que el 8% de varones y 11.17% de mujeres, sobrestiman su estado nutricional, y el 5.6% de varones y el 10.5% de mujeres lo subestiman. Con estos datos determinamos que el 6.4% (del total de la muestra) de estudiantes con sobrepeso, tienen una percepción errónea de su estado nutricional y que el 9.7% de estudiantes con normopeso, se perciben como con sobrepeso.

Estos datos obtenidos, difieren mucho de un estudio argentino en estudiantes entre 6 a 14 años de edad, en el que se determinó que el 71% de personas con sobrepeso, tenían una percepción errónea, y que el 32% de



adolescentes con normopeso tenían una percepción alterada de su estado nutricional real ⁽¹⁴⁾.

Existen varias tendencias entre los estudiantes, en la elección de la metodología para lograr o mantener la figura ideal, es así que el 77.2% de hombres y 54.4% de mujeres, piensan que el ejercicio físico es la mejor opción para este propósito, sin dejar de lado la dieta, que corresponde al 22.8% y 4.7% correspondientemente. Además existe un pequeño porcentaje (8.4%) de toda la muestra, que preferiría combinar dos opciones: dieta y ejercicio físico

En México D.F, llama la atención, que la variable que se asoció en forma importante a la errada percepción del estado nutricional, fue el sexo, con 4,5 veces más de probabilidades de subestimar el peso corporal en los hombres. *A priori* podría sorprender este dato, aunque es concordante con el estudio realizado en la Comunidad Europea, que demostró el doble de subestimación en los hombres. No existe una buena explicación a éste hecho,



que podría estar determinado por factores culturales, por la falsa apreciación de que el exceso de peso podría deberse a masa muscular, o por la mayor frecuencia con que las mujeres asisten a la consulta médica, lo que podría determinar una mejor información sobre su estado nutricional.

Con respecto a la figura, nuestro estudio se puede comparar con el realizado en México, donde con una muestra aproximada de 771 personas entre hombres y mujeres, resultó que el 62.7 % de varones, tenía una idea acorde a su figura, mientras que las mujeres tenían un porcentaje erróneo del 39%, que representaba el 47% de las encuestadas. Nuestro estudio demuestra un similar porcentaje de mujeres, ya que el 50% de ellas, se identifica con una figura con sobrepeso y de éstas el 28.6% lo son. ⁽⁹⁾

En el estudio realizado en Santiago, los resultados confirman una inadecuada percepción del diagnóstico



nutricional en la mayoría de la población estudiada. Los errores derivan fundamentalmente de una subestimación del peso, (63% de las discordancias observadas) y en menor proporción de una sobrestimación (37% restante). Desde el punto de vista de salud pública, es mucho más relevante el primer grupo, considerando la situación epidemiológica y nutricional actual del país. ⁽²⁾

Los modelos multivariados demostraron, que la variable que explica con mayor fuerza una subestimación del peso corporal, fue el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) Su principal importancia deriva de las consecuencias, que podría tener en mantener conductas alimentarias inadecuadas y perpetuar un estado nutricional alterado. Es fundamental entonces, hacer mayores esfuerzos para educar a la población sobre el concepto de peso adecuado, paso inicial, antes de tomar acciones para modificarlo en caso que fuera necesario.



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Hay una concordancia considerable entre el tener e identificarse con una silueta correspondiente a su IMC tanto en estudiantes de sexo masculino cuanto de femenino.
- Existe una mayor distorsión de la autopercepción del estado nutricional en el sexo femenino.
- Los estudiantes de sexo masculino tienen una autopercepcion adecuada de su estado nutricional
- Los estudiantes de sexo masculino prefieren realizar ejercicio físico para lograr la figura ideal, en cambio las mujeres optan por la dieta



- Hay un margen de error del 4.8% en los hombres que cree tener bajo peso; a la vez, una diferencia del 3.4% se ve con sobrepeso.
- En referencia a las mujeres hay un error del 7.1% que piensa tener bajo peso, y un 4.2% difieren en pensar verse con sobrepeso.

7.2. RECOMENDACIONES:

- Se debería promocionar la mantención de un buen estado nutricional mediante el ejercicio, programas educativos y participativos sobre una dieta balanceada, para evitar complicaciones en la salud.
- El mantener el peso dentro del rango de la normalidad actualmente constituye un aspecto más de salud que estético.



- Tomar en cuenta otros aspectos como talla, biotipo, que intervienen para determinar el estado nutricional de las personas.

7.3. LIMITACIONES.

- Falta de espacio físico para la toma de medidas Antropométricas.
- Poco interés participativo por parte de algunos estudiantes
- Dificultad para la localización de los grupos completos establecidos



CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- PEDRAZA, F. “Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil”. *Rev. Salud pública*, 6(2): 140-155. 2004.
- 2.- ATALAH S, Eduardo et.al. “Autopercepción del estado nutricional en adultos de Santiago”. *Rev. méd. Chile*, 132 (11):1383-1388. Nov. 2004
- 3.- WIKIPEDIA, “Índice de masa Corporal”. Disponible en: Wikipedia.org. Enciclopedia. Wiki%C3%8Dndice_de_masa_corporal.
- 4.- ROMO, M. “Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia Antropología Médica 2001”, Congreso Chileno Antropología.- 2002. Disponible en: <http://csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1203.html>.



5.- SISBIB, “Estado Nutricional”, Rev. BV, Perú, 7(1): 3-8,
2001. Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2001_n7/estado_nutri.htm

6.- SILVA, H.et al. “Somatotipo e índice de masa corporal en una muestra de adolescentes de ambos sexos de la ciudad de Temuco”, Chile. *Int. J. Morphol.*, 21(4):309-313, 2003.

7.- Ortega MR, Requejo AM. “Encuestas nutricionales individuales, Criterios de validez”. Rev. Nutrición y Obesidad, 1(3) : 177-185. 2004

8.- ROJAS, E. “¿Qué es una alimentación sana?” Rev. Clínica Española; (200): 39-42. 2004

9.- SILVA, Ch. “Prevalencia del consumo de alimentos no nutritivos en los estudiantes del C.U. sur” UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA “CUSUR” División de Ciencias Biológicas- Departamento de Medicina, 2003.

10.- Universidad Toronto, “Peso corporal e imagen del cuerpo”. Rev. *Salud*, (Suppl 1): Doi S5: 10.1186/1472-6874-4-S1-S5 Toronto , Canadá. 2004



- 11.- GRACIA, B. et al. "Antropometría por edad, género y estrato socioeconómico de la población escolarizada de la zona urbana de Cali", Rev. Colombia Médica, 34, (2): 61-68 2003. Disponible en : <http://www.bioline.org.br/request?rc03011>
12. CANOVAS, B. "Concordancia entre la autopercepción corporal y el IMC calculado en una población voluntaria captada el IV Día Nacional de la Persona Obesa" Rev. Nutrición Hospitalaria. Madrid 14 (4): 116-120, 2002
- 13.- MC PHAIL_, E., "Razón y Palabra, Rev. Cuerpo y cultura". (25), México, D.F., 2003. Disponible en: <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/antteriores/n25/emcphail.html>
14. CASINI, V. "Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el Estado nutricional en escolares de 6 a 14 años laboratorio de actividad física y salud". Instituto superior de deportes. Argentina, Agosto 2007.
- 15.- FRANCES, D., "Nutrición y Salud". En Nutrición: La Base para el Desarrollo, Ginebra,4(12): 2-3, 2002. Disponible en: <http://www.unsystem.org/scn> o www.ifpri.org



16. McDONALD, B. “Nutrición.- Los argumentos a favor”.

Rev Nutrición.- La base para el Desarrollo, 1(12): 1-4,

2002. Disponible en: <http://www.unsystem.org/scn> o

www.ifpri.org



CAPITULO IX

9. ANEXOS

9.1 El cuestionario

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



**“AUTOPERCEPCION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES DEL
PRIMER AÑO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2007-2008.”**

Informamos a usted que ha sido elegido para medir su peso y talla así como contestar la siguiente encuesta corta diseñada para obtener respuestas concretas. Se guardara absoluta confidencialidad sobre ellas.

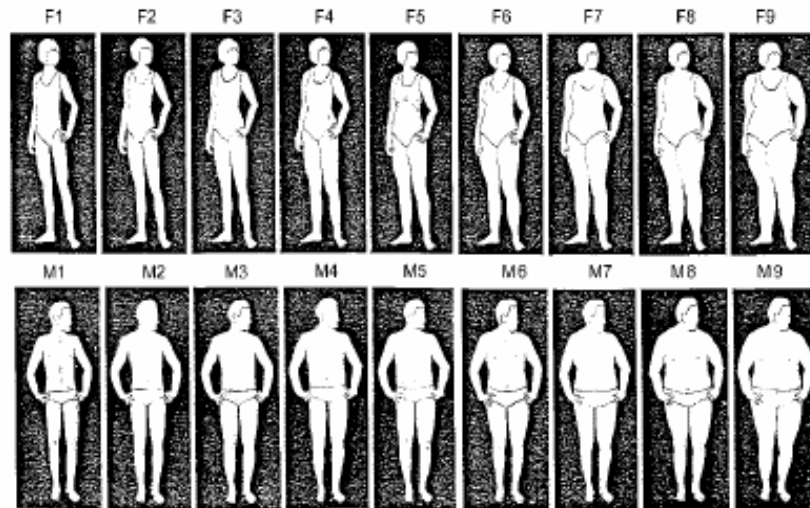
La contestación a esta encuesta esta exenta de cobro o pago económico y servirá más bien para determinar posibles alteraciones en su estado nutricional y la percepción que usted tenga del mismo, y en caso de que autorice, guiarle a decidir un tratamiento

ENCUESTA N° _____

EDAD _____

SEXO	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>
RESIDENCIA	Urbano	<input type="checkbox"/>	Rural	<input type="checkbox"/>
UD SE CONSIDERA :	De bajo peso	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>
	Con sobrepeso	<input type="checkbox"/>	Obeso	<input type="checkbox"/>
QUE HARIA UD PARA LOGRAR SU FIGURA IDEAL:	Dieta	<input type="checkbox"/>	Ejercicio Físico	<input type="checkbox"/>
	Tratamiento quirúrgico	<input type="checkbox"/>	ninguno	<input type="checkbox"/>
	Otro	<input type="checkbox"/>	Cual?	<input type="checkbox"/>

MARQUE LA SILUETA CON LA QUE UD SE IDENTIFICA?



MUESTRA ESPAÑOLA DE LA ENCUESTA PAN EUROPEA, 1997



9.2. Tablas completas

En cada Tabla se han identificado los valores que están incluidos en el análisis.

Tabla N° 1

Frecuencia de índice de masa corporal de Estudiantes de primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, por sexo, 2007-2008

Sexo	IMC					
	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Peso bajo	1	0,34	11	3,69	12	4,03
Normal	108	36,24	132	44,30	240	80,54
Sobrepeso	17	5,70	27	9,06	44	14,77
Obeso	1	0,34	1	0,34	2	0,67
Total	127	42,62	171	57,38	298	100,00

Fuente: Encuestas

Elaborador por: Los Autores

Tabla N° 2

Concordancia entre el IMC y la silueta seleccionada de los estudiantes de sexo masculino de primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, 2007-2008

Silueta con la que se identifica	IMC									
	<18 (bajo peso)		18-25 (normal)		26-32 (sobrepeso)		> 32 (obeso)		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Delgado	0	0,00	1	0,78	0	0,00	0	0,00	1	0,78
Normal	1	0,78	86	67,71	5	3,94	0	0,00	92	72,43
Con Sobrepeso	0	0,00	17	13,38	12	9,45	0	0,00	29	22,83
Obeso	0	0,00	4	5,08	0	0,00	1	0,78	5	5,868
Total	1	0,78	108	72,43	17	13,40	1	0,78	127	100,0

Fuente: Encuestas

Realizado por: Los autores



Tabla N° 3

Concordancia entre el IMC y la silueta seleccionada de los estudiantes de sexo femenino de primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, 2007-2008

Silueta con la que se identifica	IMC									
	< 18 (bajo peso)		18-25 (normal)		26-32 (sobrepeso)		> 32 (obeso)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Delgado	2	1,17	4	2.34	0	0,00	0	0,00	6	3.51
Normal	9	5.26	100	58,40	6	3.51	0	0.00	115	67.17
Con Sobrepeso	0	0,00	26	15.26	17	9,94	1	0.58	44	25.72
Obeso	0	0,00	2	1.17	4	2.34	0	0,00	6	3.51
Total	11	6.43	132	77.19	27	15.79	1	0.58	171	100,0

Fuente: Encuestas

Realizado por: Los autores

Tabla N° 4

Concordancia entre el IMC y la Autopercepción de los estudiantes de sexo masculino de Primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, 2007-2008

Autopercepción	IMC									
	< 18 (bajo peso)		18-25 (normal)		26-32 (sobrepeso)		> 32 (obeso)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Delgado	0	0.00	7	5.60	0	0.00	0	0.00	7	5.60
Normal	1	0.80	88	70.40	7	5,60	0	0.00	96	71.20
Con Sobrepeso	0	0.00	10	5.60	10	8.00	1	0.80	21	14.40
Obeso	0	0.00	1	0.80	0	0.00	0	0.00	1	0.80
Total	1	0.80	106	82.40	17	8.00	1	0.80	125	92.00

Fuente: Encuestas

Realizado por: Los autores



Tabla N° 5

Concordancia entre el IMC y la Autopercepción de los estudiantes de sexo femenino de Primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, 2007-2008

Autopercepción			IMC							
	< 18 (bajo peso)		18-25 (normal)		26-32 (sobrepeso)		> 32 (obeso)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Delgado	5	2.94	18	10.59	0	0.00	0	0.00	23	13.53
Normal	6	3.53	93	54.7	11	11.17	0	0.00	110	64.7
Con Sobrepeso	0	0.00	19	11.17	14	8.23	1	0.59	34	15.31
Obeso	0	0.00	2	1.18	1	0.59	0	0.00	3	1.76
Total	11	6.47	132	77.6	26	15.31	1	0.59	170	100.

Fuente: Encuestas

Realizado por: Los autores



Tabla N° 6

Medidas para lograr la figura ideal en los estudiantes de Primer año de Medicina de la Universidad de Cuenca, 2007-2008

Metodo	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Dieta	6	2,01	39	13,09	45	15,10
Ejercicio físico	98	32,89	93	31,21	191	64,09
Tratamiento quirúrgico	3	1,01	4	1,34	7	2,35
Ninguno	8	2,68	7	2,35	15	5,03
Otros	3	1,01	6	2,01	9	3,02
Dieta + ejercicio físico	6	2,01	19	6,38	25	8,39
Dieta + ejercicio físico + t. quirúrgico	2	0,67	0	0,00	2	0,67
Ejercicio físico + t. quirúrgico	0	0,00	2	0,67	2	0,67
Dieta + ejercicio físico + otros	0	0,00	1	0,34	1	0,34
Dieta + t. quirúrgico	1	0,34	0	0,00	1	0,34
Total	127	42,62	171	57,38	298	100,00

Fuente: Encuestas

Realizado por: Los autores